**שאלון פנייה לקבלת טיפול**

תאריך הפנייה:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**פרטים אישיים:**

|  |  |
| --- | --- |
| שם פרטי: | שם משפחה: |
| ת.ז: | מין: זכר/נקבה |
| תאריך לידה: | מצב משפחתי: |
| מקום לידה: | שנת עליה: |
| דת: |  |
| כתובת מגורים: | |
| טלפון: | נייד: |
| מייל: |  |
| מבוטח בקופת חולים: |  |
| מקום עבודה: | תפקיד: |
| האם אתה סובל מבעיות בריאותיות מיוחדות? כן/לא  אם כן, פרט: | |
| האם הנך נוטל תרופות פסיכיאטריות? כן/לא | |
| אם כן, אילו תרופות? | |
| במשך כמה זמן הנך נוטל אותן? | |
| מה שם הרופא שרשם לך אותן? | |
| האם אי פעם עשית ניסיון אובדני? לא /כן. פרט: | |

האם את/ה צורך סמים/אלכוהול באופן קבוע? לא/כן. פרט:

**סיבת הפנייה:**

|  |
| --- |
| 1. מהי סיבת הפנייה לטיפול? |
| 1. כמה זמן הנך מוטרד/ת מהבעיה? |
| 1. כיצד הבעיה משפיעה על תפקודך בחיי היומיומית?  * ברמה רגשית: * ברמה התנהגותית: * ברמה גופנית/פיזית: |
| 1. האם פנית בעבר לקבלת טיפול בשל בעיה זו? אם כן, פרט: |

5. כיצד היית מגדיר/ה את הרגשתך בחודשים האחרונים? (סמן את התשובה המתאימה ביותר)

1. רע מאוד, קשה לי לעבור את היום.
2. רע, לעיתים קרובות קשה לי.
3. ככה ככה, אני מחזיק מעמד, אך זה דורש מאמץ מסוים.
4. טוב, יש לי עליות וירידות
5. טוב מאוד, אין לי תלונות מיוחדות.

**תיאום טיפול:**

אנא סמן את המועדים בהם תוכל להגיע לטיפול: (סמן: כן/לא)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **שעות/ימים** | **א'** | **ב'** | **ג'** | **ד'** | **ה'** | **ו'** |
| **8:00-10:00** |  |  |  |  |  |  |
| **10:00-12:00** |  |  |  |  |  |  |
| **12:00-14:00** |  |  |  |  |  |  |
| **14:00-16:00** |  |  |  |  |  |  |
| **16:00-18:00** |  |  |  |  |  |  |
| **18:00-20:00** |  |  |  |  |  |  |
| **20:00-22:00** |  |  |  |  |  |  |

האם יש לך הערות או בקשות מיוחדות?